

Portal de Boas Práticas em  
Saúde da Mulher, da Criança  
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS  
MULHERES

# HEMORRAGIA PÓS-PARTO



**“As mulheres não estão morrendo de uma doença que não tem tratamento. Elas estão morrendo porque as sociedades ainda não tomaram a decisão de que a vida de cada uma dessas mulheres vale ser salva.”**

Mahmoud F Fathalla



## Objetivos dessa apresentação

- Apresentar aspectos atuais do tema hemorragia pós-parto



## Introdução

- A HPP é a segunda causa de morte materna no Brasil
- Estima-se 01 caso de HPP a cada 10 partos
- 14.000.000 de casos de HPP no mundo por ano
- 140.000 mortes por HPP no mundo por ano
- A maioria das mortes são evitáveis

**A HPP é uma importante causa de morbimortalidade materna.**



## Definição de hemorragia pós-parto (HPP)

É a perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou acima de 1000 ml após parto cesariana nas primeiras 24 horas OU qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.

## Classificação da HPP

- **HPP PRIMÁRIA:** é a HPP que ocorre nas primeiras 24 horas pós- parto.
- **HPP SECUNDÁRIA:** é a HPP que ocorre após 24 horas até 6 semanas pós-parto.

## Causas da HPP\Mnemônico 4T

Tônus (atonia uterina), Trauma no canal de parto, Tecido placentário retido, Trombina (coagulopatias)



## Causas frequentemente associadas à desfechos adversos maternos em pacientes com HPP

<b>ANTEPARTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade de acesso ao Pré-natal</li><li>• Abordagem\tratamento inadequado da anemia materna na gestação</li><li>• Inadequado manejo pré-natal dos aumentos pressóricos (pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional)</li><li>• Não avaliação do risco de acretismo placentário em gestantes com cesariana prévia (com ultrassonografia)</li></ul>
<b>PARTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabalhos de parto prolongados</li><li>• Altas taxas de cesariana</li><li>• Não considerar risco de acretismo placentário em paciente com cesariana anterior associada a placenta prévia ou posicionada em parede uterina anterior</li><li>• Partos em ambientes com ausência de estrutura e\ou fluxos assistenciais inadequados</li></ul>
<b>PÓS-PARTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não uso da profilaxia universal com uterotônico (Ocitocina 10 UI IM)</li><li>• Ausência de monitoramento materno adequado no pós parto</li><li>• Ausência de avaliação imediata de puérperas com sinais iniciais de HPP</li><li>• Ausência de ação diante de suspeita e \ou diagnóstico de HPP</li><li>• Não inclusão dos familiares no processo de monitoramento no pós parto</li></ul>



## Estratificação de risco

A maioria dos casos de HPP ocorrem em pacientes sem fatores de risco evidentes.

Todos profissionais e instituições de saúde que realizam partos devem estar preparados para tratá-la!

RISCO	CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE	RECOMENDAÇÕES\SUGESTÕES
BAIXO	Ausência de cicatriz uterina , Gravidez única, ≤ 3 partos vaginais prévios, Ausência de distúrbio de coagulação, Sem história de HPP	<b><u>Manejo ativo do 3º estágio</u></b> <b><u>Observação rigorosa pós-parto por 1-2 horas em local adequado*</u></b> <b><u>Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta</u></b>
MÉDIO	História prévia de HPP, Cesariana ou cirurgia uterina prévia, ≥ 4 partos vaginais, Obesidade materna (IMC > 35kg/m <sup>2</sup> ), Corioamnionite, Indução de parto, Miomatose, Pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional leve Superdistensão uterina (Gestação múltipla , polidramnio	Manejo ativo do 3º estágio, Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado* Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta <b><u>Hemograma</u></b> <b><u>Avaliar a cesso venoso periférico (Jelco 16G)</u></b> <b><u>Tipagem sanguínea</u></b>



## Estratificação de risco

A maioria dos casos de HPP ocorrem em pacientes sem fatores de risco evidentes.

Todos profissionais e instituições de saúde que realizam partos devem estar preparados para tratá-la!

RISCO	CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE	RECOMENDAÇÕES\SUGESTÕES
ALTO	Placenta prévia ou de inserção baixa ou acretismo placentário, Descolamento prematuro de placenta, Pré-eclâmpsia grave, , coagulopatias, anticoagulação, Hematócrito < 30% + fatores de risco, Plaquetas < 100.000/mm <sup>3</sup> , Presença de ≥ 2 fatores de médio risco	Manejo ativo do 3º estágio Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado* Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta Hemograma Acesso venoso periférico (Jelco 16G) Tipagem sanguínea <u>Prova cruzada</u> <u>Reserva de sangue</u>

\* Evitar locais onde não há possibilidade de monitoramento adequado. Não encaminhar pacientes de médio e alto risco para enfermarias ou quartos que oferecem apenas vigilância risco habitual!

**Os quadros hemorrágicos mais graves tendem a ocorrer em pacientes com fatores de risco (ex: acretismo placentário)**



## Prevenção da HPP

OPAS 2018, RCOG 2016, FLASOG 2018

**A principal estratégia de prevenção da HPP é o uso universal da ocitocina pós-parto.** Considera-se má prática obstétrica não realizá-la rotineiramente em uma maternidade, pois reduz em aproximadamente 50% o risco de HPP (atonía).

### MANEJO ATIVO DO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

1. Uso universal da ocitocina pós parto (10 UI de ocitocina intramuscular)
2. Clampeamento oportuno do de cordão umbilical : entre 1 a 3 minutos, na ausência de contraindicações
3. Tração controlada do cordão umbilical: se profissional treinado e associado a manobra de Brandt-Andrews
4. Vigilância/massagem uterina após dequitação a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas

Outras medidas adicionais: uso racional da ocitocina no trabalho de parto; episiotomia seletiva; evitar manobra de Kristeller; estimular o contato pele a pele com a mãe na 1ª hora de vida e o uso do ácido tranexâmico nos partos de alto risco (em estudo).



## Diagnóstico e estimativa da perda volêmica

“Em pacientes com suspeita de sangramento aumentado, deve-se iniciar o tratamento de HPP imediatamente, a despeito da metodologia utilizada. Não aguardar os sinais clássicos de choque hipovolêmico”.



METODOLOGIA	VANTAGENS E DESVANTAGENS	OBSERVAÇÕES
<b>ESTIMATIVA VISUAL</b>	Simples, rápida e barata; mas subjetiva	<ul style="list-style-type: none"><li>• Subestima grandes sangramentos independente da experiência profissional</li></ul>
<b>PESAGEM COMPRESSAS E CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	Melhor que a estimativa visual; mas exige treinamento da equipe	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1ml de sangue corresponde a aproximadamente 1 grama de peso.</li><li>• Cálculo da perda (ml): Peso de compressas e campos cirúrgicos sujos de sangue (gramas) menos Peso do mesmo número de compressas e campos secos (gramas).</li></ul>
<b>DISPOSITIVOS COLETORES</b>	Melhor que a estimativa visual; mas exige dispositivo coletor e pode sofrer interferência do líquido amniótico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Essa metodologia é melhor que as duas citadas (estimativa visual ou por pesagem)</li><li>• Útil especialmente após partos vaginais.</li></ul>
<b>ESTIMATIVA CLÍNICA</b>	Simples, rápida e barata; mas os sinais clínicos de instabilidade só ocorrem após perdas sanguíneas volumosas.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Refletem as adaptações hemodinâmicas ao sangramento.</li><li>• Existem tabelas que correlacionam o grau de choque, com os sinais clínicos e a estimativa da perda sanguínea.</li><li>• Índice de choque é um método simples, rápido e é marcador mais precoce do que os sinais vitais utilizados de forma isolada</li></ul>



## Diagnóstico e estimativa da perda volêmica

OPAS 2018, FLASOG 2018

$$\text{ÍNDICE DE CHOQUE (IC)} = \text{FC} \setminus \text{PAS}$$

Frequência  
Cardíaca

Pressão Arterial  
Sistólica

$\geq 0.9$

Sugere risco de transfusão maciça

IC é Marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce do que os sinais vitais (considerados isoladamente)

Simples, rápido, barato e seu valor tende a aumentar com a gravidade da hemorragia



## Diagnóstico e estimativa da perda volêmica Classificação de Baskett

ESTIMATIVA DA PERDA SANGUÍNEA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PERFUSÃO	PULSO	PAS (mmHg)	GRAU DO CHOQUE	TRANSFUSÃO
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente não
16-25% 1000-1500 mL	Normal ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Leve	Possível
26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frieza e sudorese	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
>35% >2000mL	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese e perfusão capilar > 3 seg	>120	<70	Grave	Possível transfusão Maciça

O PIOR CRITÉRIO CLÍNICO É O QUE DEFINE O GRAU DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



## Necessidade de TRATAMENTO

**“O tratamento da HPP deve ser rápido e baseado na causa específica da hemorragia.”**

Mnemônico 4 Ts devem ser sempre lembrados durante avaliação do foco sangrante

Pode ocorrer situações de associação dos fatores causais

Investigue sempre o foco de sangramento.

“4 Ts”	INTERCORRÊNCIA	FREQUÊNCIA RELATIVA
TÔNUS	Atonia Uterina	70%
TRAUMA	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias congênitas (ex: von Willebrand) ou adquiridas (ex: CIVD), uso de anticoagulantes (ex: heparina, aspirina)	1%



## Tratamento e a “hora de ouro”

**“A demora do controle do sítio do sangramento aumenta o risco de morte por um quadro hemorrágico”.**

**HORA DE OURO na HPP:** consiste na recomendação do controle do sítio de sangramento, sempre que possível, dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico; ou pelo menos estar em fase avançada do tratamento ao final dessa hora.

Alguns autores utilizam tal expressão para se referirem ao princípio da intervenção precoce e oportuna e não necessariamente para definirem um tempo ideal de controle do foco hemorrágico.

**OBJETIVO:** permitir ações rápidas e oportunas, evitando assim a tríade letal da HPP, que são a acidose, coagulopatia e hipotermia.



## Tratamento e a “hora de ouro”

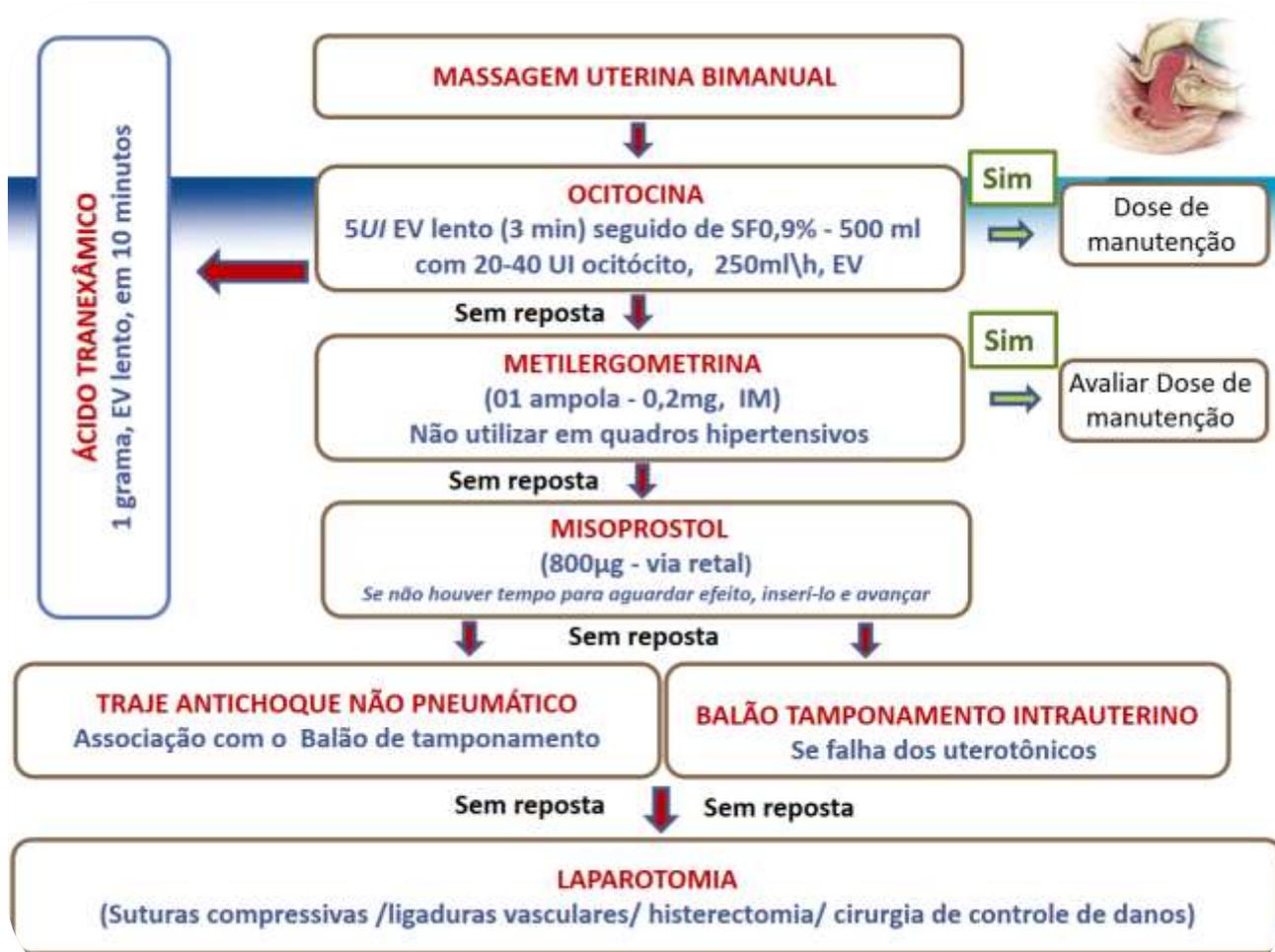
“O preparo da maternidade, assim como trabalho multidisciplinar organizado e sequenciado melhora o resultado na abordagem dos quadros de HPP”.



O uso de kits de hemorragia e checklist com fluxogramas podem ser importantes ferramentas no momento em que se aborda um quadro de HPP.

Tais ferramentas devem estar disponíveis em todas as maternidades. Devem ser simples e aplicável por profissionais de qualificação técnicas diferentes.

Proposta de Fluxograma e checklist - Estratégia Zero Morte Materna por hemorragia pós parto Ministério da Saúde\ OPAS -OMS-Brasil



## Tratamento da atonia uterina

Existem vários protocolos de uterotônicos no tratamento da atonia. Adote um único em seu serviço!

Ocitocina é o uterotônico de primeira escolha no tratamento da HPP.

O Balão de tamponamento intrauterino é importante tratamento quando falham o tratamento medicamentoso na atonia uterina. Pode reduzir em mais 60% a necessidade de procedimento cirúrgico.

O ácido tranexâmico, 1 grama em 10 minutos está indicado em todos os casos de HPP, independente da causa. A 1ª dose deve ser realizada apenas nas primeiras 3 horas (o mais precoce possível). Repetir dose se sangramento persistir após 30 minutos ou reativar nas primeiras 24 horas.



## Traje antichoque não pneumático (TAN)

**“O sucesso do uso do traje antichoque não pneumático (TAN) está associado a sua vinculação a um protocolo de hemorragia pós parto”.**

**O QUE É O TAN ?** É uma nova tecnologia de controle transitório do sangramento em casos de HPP. É uma vestimenta de neoprene segmentada, que realiza uma compressão circunferencial, comprimindo os vasos abdominais, pélvicos e dos membros inferiores

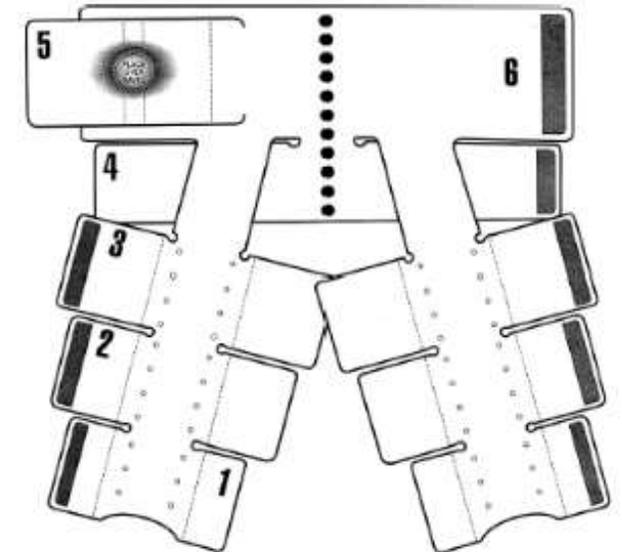
**INDICAÇÃO:** pacientes com instabilidade hemodinâmica ou em iminência de choque hipovolêmico

**BENEFÍCIOS:** O TAN reduz o sangramento local e redireciona o fluxo para as partes superiores nobres do organismo. Tal efeito pode determinar tempo adicional até o tratamento definitivo ( útil em transferências).

**CUIDADOS :** O TAN deve ser posicionado no sentido do segmento 1 ao segmento 6. Sua retirada deve ser gradual, na mesma sequencia (do segmento 1 ao 6) e sob monitoramento contínuo pelo risco de reativação do sangramento e choque.



[www.viaglobalhealth.com/product/non-pneumatic-anti-shock-garment/](http://www.viaglobalhealth.com/product/non-pneumatic-anti-shock-garment/)





## Tratamento - trauma



Fluxograma - Estratégia Zero Morte Materna por hemorragia pós parto Ministério da Saúde\ OPAS  
-OMS-Brasil

Nos quadros de HPP deve-se sempre pesquisar a causa e afastar a possibilidade de lacerações de trajeto.

Lacerações cervicais ou em porções vaginais altas podem determinar hematoma retroperitoneal.

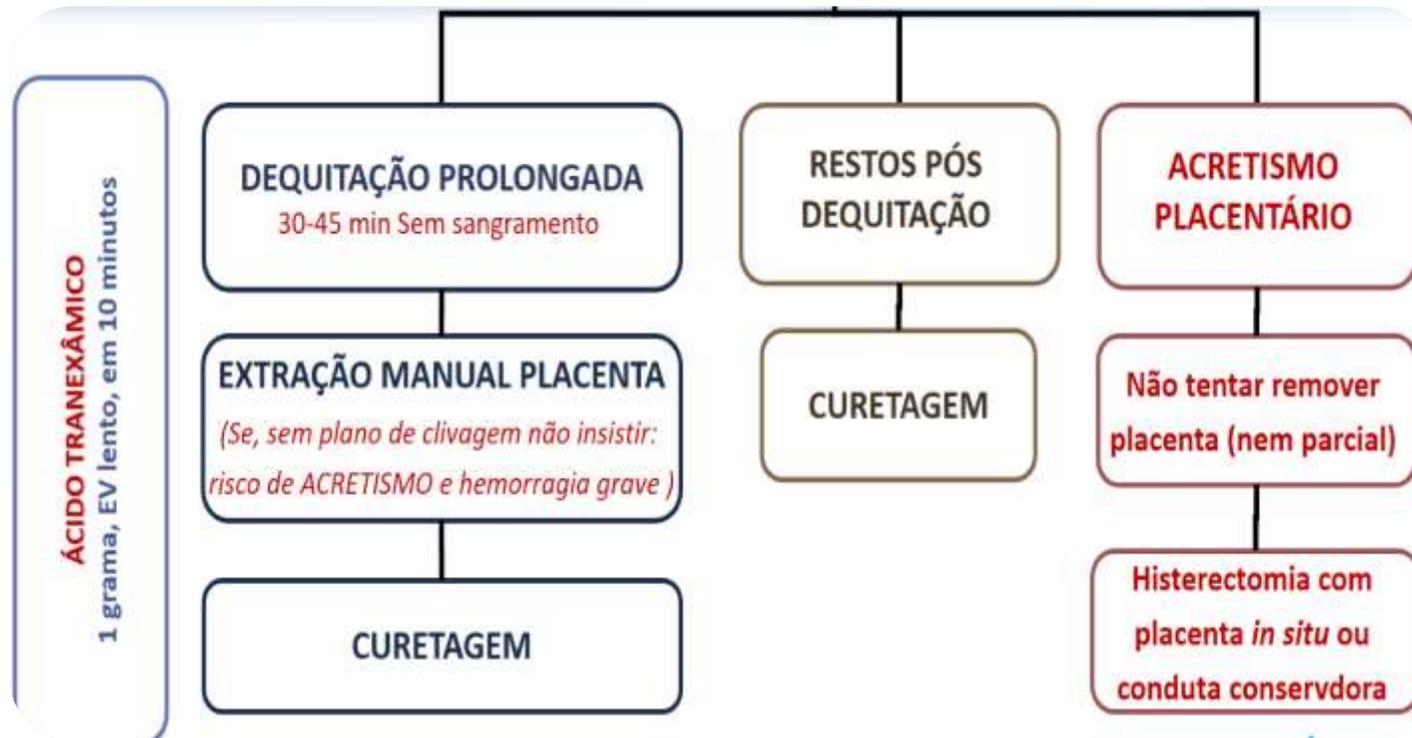
Cesariana intraparto aumenta o risco de lacerações de trajeto

Tração controlada de cordão por profissional não treinado aumenta o risco de inversão uterina.

Roturas uterinas usualmente são quadros hemorrágicos graves, que usualmente ameaçam a vida de mãe e filho.



## Tratamento - tecido



Fluxograma - Estratégia Zero Morte Materna por hemorragia pós parto Ministério da Saúde\ OPAS -OMS-Brasil

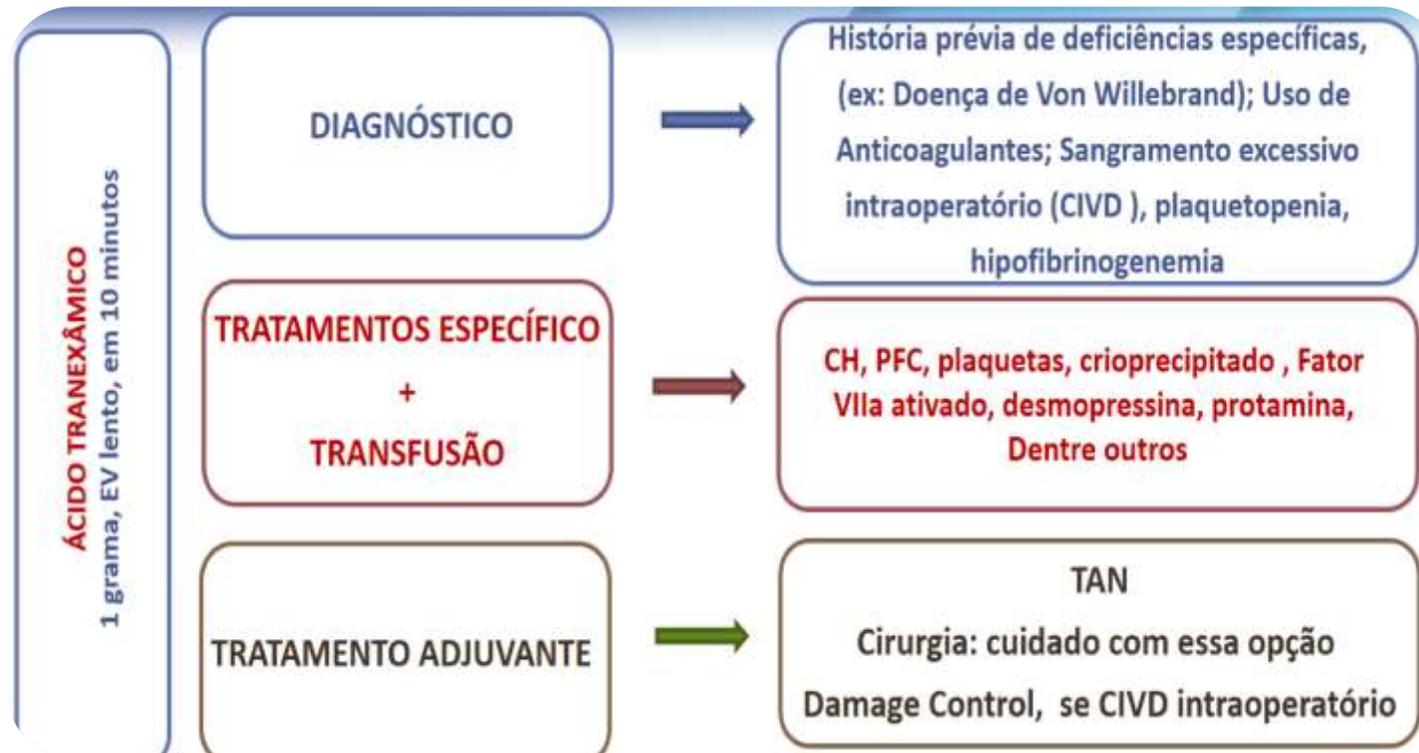
Na extração manual de placenta, se não há plano de clivagem entre placenta e parede uterina, pensar em acretismo placentário e interromper procedimento pelo risco de sangramento incontrolável.

Nos casos de suspeita ou confirmados de acretismo placentário não tentar retirar a placenta pelo alto risco de sangramento vultuoso.

Gestantes com histórico de cesariana e que apresentem nessa gestação placenta prévia (ou placenta inserida na parede uterina anterior na cicatriz cirúrgica) devem ter seus partos em serviços de referência de acretismo pelo alto risco de hemorragia vultuosa.



## Tratamento- trombina (coagulopatia)



A coagulopatia na paciente com HPP usualmente é um quadro grave

As gestantes tendem a fazer um quadro de hipofibrinogenemia precoce

Deve-se manter os níveis de fibrinogênio acima de 200 mg\dl

Tratar a coagulopatia com os hemoderivados e hemocomponentes específicos

Se o seu serviço não tem protocolo de transfusão maciça, deve-se criar um imediatamente!

Fluxograma - Estratégia Zero Morte Materna por hemorragia pós parto  
Ministério da Saúde\ OPAS -OMS-Brasil



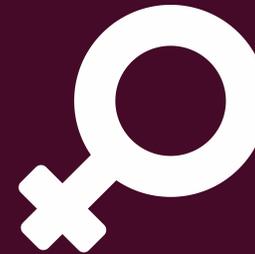
- As mortes maternas por HPP podem ser evitadas através de medidas de complexidade variável adotadas durante o pré-natal, parto e pós-parto.
- **O uso universal da ocitocina (10UI IM) após os partos deve ser inserido na rotina de todas as maternidades**
- O diagnóstico precoce da HPP é essencial para um tratamento oportuno.
- **O índice de choque é marcador simples e precoce de instabilidade hemodinâmica nos quadros de HPP e deve ser inserido de rotina na avaliação desses quadros.**
- Se sua maternidade não tem um protocolo de HPP: adote um imediatamente!
- **O traje antichoque não pneumático é uma nova tecnologia adjuvante no tratamento da HPP, mas não substitui o tratamento tradicional e seu sucesso está vinculado a presença de um protocolo para HPP.**
- O tratamento da HPP deve ser agressivo, multidisciplinar e sequenciado.
- **O monitoramento após quadro hemorrágico deve ser rigoroso e em ambiente adequado.**



## Referências

- Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018
- Osanan GC, Padilla H, Reis MI, Tavares AB. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. Rev Bras Ginecol Obstet. 2018 Mar;40(3):103-105. doi: 10.1055/s-0038-1639587. Epub 2018 Apr 2. PubMed PMID: 29609191.
- Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Mar;140(3):274-280. doi:10.1002/ijgo.12408. PubMed PMID: 29405319.
- WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2017 May 27;389(10084):2105-2116. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30638-4. Epub 2017 Apr 26. PubMed PMID: 28456509; PubMed Central PMCID: PMC5446563.
- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017 Oct;130(4):e168-e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351. PubMed PMID: 28937571.
- Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG 2016;124:e106–e149.
- FLASOG. Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia donde vamos? Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018. p 129.

Portal de Boas Práticas em  
Saúde da Mulher, da Criança  
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS  
MULHERES

## HEMORRAGIA PÓS PARTO

Material de 19 de setembro de 2018

Disponível em: [portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br](http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br)

Eixo: Atenção às Mulheres

**Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.**